

福泉市第一人民医院新增医疗服务价格项目申报书

福泉市医疗保障局：

根据临床需要，经福泉市第一人民医院医疗伦理委员会及价格管理委员会审查通过，我院疼痛科已具备实施二项医疗服务的条件。鉴于贵州省尚未对上述服务对应的医疗服务价格定价，根据国家医保局相关要求和《贵州省医疗保障局关于公布2021年第一批新增、修订医疗服务价格项目的通知》（黔医保发〔2021〕31号），《省医保局关于2024年新增修订医疗服务价格项目的通知》（黔医保函〔2024〕5号），特申请（新定价医疗服务价格项目），具体情况如下：

序号	项目编码	项目名称	项目内涵	除外内容	除外内容价格	计价单位	说明	项目成本	申报价格	省市价格(** 省份：价格)	申报类型(新增/ 新开展/ 修订/x类价格)	备注
1	500000150	冲击波疼痛治疗(RSWT)	应用体外冲击波技术，在超声波定位下，确定治疗区域。使用治疗能量为2-4巴，冲击次数2000次，冲击频率5-10赫兹，治疗足底筋膜炎、钙化性肌腱炎、非钙化性肌腱炎、跟腱痛、转子滑囊炎、髂胫摩擦综合征、桡侧或尺侧腕背伸肌腱炎、胫骨缘综合征、常见性附着肌腱炎、肌触发痛点等。不含超声引导、心电图检查、血凝检查。			次		189.73	180			

附：申报项目1-...的详细情况



申报项目 1: 冲击波疼痛治疗(RSWT)

一、申报目的

1. 未开展项目申请新增医疗服务价格项目

(1) 尚未列入贵州省医保三目录（医疗服务项目目录、药品目录、耗材目录）.....

(2) 已在贵州省医保三目录但未定价项目.....

2. 已开展项目申请修订项目要素.....

已开展项目指： (项目编码) (项目名称)

(注： 处请勾选，下同)

二、 项目负责人

1. 医院领导： _____(签名) 联系方式： _____(手机)

2. 科室负责人： 奚可军(签名) 联系方式： 18908546693(手机)

3. 项目操作人： _____(签名) 联系方式： _____(手机)

(注： 以上技术负责人依次由项目申报医院分管医疗的院领导、项目申报科室负责人以及项目的主要操作人填写，如为同一人的，可重复填写)

三、 相关声明

冲击波疼痛治疗(RSWT)使用于软组织损伤性疾病、骨科疾病等的诊断

/治疗/护理/康复 (可多选), 通常用于疼痛科、骨科等学科。

1. 新颖性声明

项目申报方(医院名称)已检索并确认所申请新增项目属于以下情况:

(1) 全国医疗服务价格项目规范无相同项目.....

(2) 贵州省医保三目录项目中无相同项目.....

(3) 贵州省医保三目录项目中，无功能目的相同的类似项目....

2. 伦理性声明

(1) 福泉市第一人民医院医疗伦理委员会审查通过.....

(2) 委托_____医疗伦理委员会审查通过.....

(注：另附伦理审查结论报告)

3. 安全性声明

该项目已在贵阳、都匀等省(区、市)立项收费。该项目于2026年起，在我院疼痛科科室已经获得/具备开展该项目条件。

4. 有效性声明

该项目主要作用是通过物理刺激激发人体自身的修复和再生能力，达到镇痛与消炎，促进组织再生，松解粘黏与钙化，促进骨愈合。

该项目是否填补诊疗手段空白(是/ 否)，或与(已开展项目)相比，临床应用方面表现出以下优势 填补保守治疗与手术治疗之间的空白，无创且风险极低，疗程短且精准高效(可另附说明)。

5. 经济性声明

综合考虑项目成本价值、临床需求等因素(新增项目参考成本核算表附后)，本院拟将该项目价格定为_____元/(计价单位)。

四、其他(必要说明的其他事项)

附件：1、新增医疗服务价格项目汇总表

2、贵州省新增医疗服务价格项目立项申报表

3、新增医疗服务项目成本测算表(修订版)

附件 2

贵州省新增医疗服务项目价格申报表

申请单位名称（公章）：福泉市第一人民医院		填报日期：2026 年 4 月 2 日		申报日期：2026 年 4 月 2 日	
项目名称	冲击波疼痛治疗 (RSWT)				
项目类别	综合类：综合医疗服务 <input type="checkbox"/> 诊断类：病理学诊断 <input type="checkbox"/> 实验室诊断 <input type="checkbox"/> 影像学诊断 <input type="checkbox"/> 临床诊断 <input type="checkbox"/> 治疗类：临床手术治疗 <input type="checkbox"/> 临床非手术治疗 <input type="checkbox"/> 临床物理治疗 <input checked="" type="checkbox"/> 康复类：康复治疗 <input type="checkbox"/> 辅助操作类：辅助操作 <input type="checkbox"/> 中医类：中医医疗服务 <input type="checkbox"/>				
项目内涵	应用体外冲击波技术，在超声波定位下，确定治疗区域。使用治疗能量为 2-4 巴，冲击次数 2000 次，冲击频率 5-10 赫兹，治疗足底筋膜炎、钙化性肌腱炎、非钙化性肌腱炎、跟腱痛、转子滑囊炎、髂胫摩擦综合征、桡侧或尺侧肱骨上髁炎、胫骨缘综合征、常见性附着肌腱炎、肌触发痛点等。不含超声引导、心电图检查、血凝检查。				
除外内容					
项目说明					
计价单位	次	项目总成本	189.73		
项目建议价格	180	项目其他省价格			
项目临床意义					
备注	1、项目类别是根据《规范（2012 版）》中六大类别的划分项目所应归属的类别；				
	2、项目说明填写该项目在定价时需要特殊说明的相关事宜；				
	3、项目临床意义应反映项目在国内外具有的技术先进程度、临床疗效及实施安全性，与现有同类项目的明显差异；				

新增医疗服务项目成本测算表（修订版）

申请单位名称（加盖公章）：

填报时间： 2026 年 4 月 2 日

项目名称：放射式冲击波疼痛治疗(RSWT)

计价单位：

操作人数：2

操作时间：60

分钟

项目内涵：应用体外冲击波技术，在超声波定位下，确定治疗区域。使用治疗能量为 2-4 巴，冲击次数 2000 次，冲击频率 5-10 赫兹，治疗足底筋膜炎、钙化性肌腱炎、非钙化性肌腱炎、跟腱痛、转子滑囊炎、髂胫摩擦综合征、桡侧或尺侧肱骨上髁炎、胫骨缘综合征、常见性附着肌腱炎、肌触发痛点等。不含超声引导、心电图检查、血凝检查。

成本测算

	人工费用	年人均人工费用	每分钟人工费用	操作时间	操作人数	每人每次摊销金额
一	档次	(1)	(2)	(3)	(4)	(5) = (2) × (3) × (4)
	副高级以上	140000	1.22	60	1	72.92
	中级以下(含中级)	120000	1.04	60	1	62.50
	小计	135.42				
注：每人每次摊销金额=每分钟人工费用×操作时间×操作人数；每分钟人工费用=年人均人工费用/年工作时间 240 天/8 小时/60 分钟。						
二	卫生材料费（含试剂）	材料名称	计价单位	单价	每人每次用量	每人每次摊销金额
	档次	(1)	(2)	(3)	(4)	(5) = (3) × (4)
	耦合剂	耦合剂	瓶	1.9	1	1.9
	卫生纸	卫生纸	捆	50	0.05	2.5
	手套	手套	双	2.2	2	4.4
	口罩帽子	口罩帽子	个	0.9	2	1.8
	小计	10.6				
三	低值易耗品：不包括除外内容、卫生材料（含试剂）					
	低值耗材分档	() 档	1 档：<5 元； 2 档：5-10 元； 3 档：11-15 元； 4 档：16-20 元； 5 档：21-30 元；			6
			档：31-50 元； 7 档：51-70 元； 8 档：71-90 元； 9 档：91-100 元。			
	低值耗材 名称	单价 (元)	使用数量	分摊次数	每项次金额 (元)	

	小计	0					
四	设备折旧费	型号	单位	单价	折旧年限	年折旧额	每项次分摊费用(元)
	档次	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	体外冲击波治疗仪	XY-K-SHOCK MASTER-500A	台	290000	5	58000.00	15.10
	小计	15.10					
注：每项次分摊费用=年折旧额÷240天÷8小时÷60分钟×项目操作时间；年折旧额=专用设备原值×(1-残值率4%)÷折旧年限							
五	房屋折旧						
	房屋总面积(m²)	房屋原值(元)	折旧年限	年折旧额	使用面积比例	每项次分摊费用(元)	
	200	636739.8918	50	12225.40592	100	0.70	
	每项次分摊房屋折旧费合计(元)	0.70					
注：每项次分摊费用=年折旧额÷365天÷24小时÷60分钟×项目操作时间；年折旧额=房屋原值×(1-残值率4%)÷折旧年限							
六	设备、房屋维修费	按第四、五项费用总和的20%计算					3.16
七	间接费用	按第一至第六项费用总和的比例(50元以上10%以下15%)计算					24.75
八	成本合计	第一至第七项费用总和					189.73